Paris 1972

Université René Descartes
Faculte de Médecine Necker - Enfants Malades

Année 1972

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

CLAVERIE Louise,
née le 13-07-1947 à Paris

Présentée et soutenue publiquement le 1972

L'hospitalisation à domicile des enfants à l'assistance publique de Paris

Président : M. R. MANDE , *Professeur*

Imprimé chez S.A. Publicité & Impression
118 Champs Elysées - Paris 8°

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550017_0008

Université René Descartes
Faculte de Médecine Necker - Enfants Malades

Année 1972

THÈSE

N° _

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

CLAVERIE Louise,
née le 13-07-1947 à Paris

Présentée et soutenue publiquement le ..... 19 .....

L'hospitalisation à domicile des enfants à l'assistance publique de Paris

Président : M. R. MANDE *, Professeur*

Imprimé chez S.A. Publicité & Impression
118 Champs Elysées - Paris 8°

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A ma famille.

A mes amis.

A Monsieur le Professeur R. MANDE

qui m'a fait l'honneur de présider cette thèse.
Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de
ma profonde gratitude.

A Monsieur le Docteur P. STRAUS,

Avec ma reconnaissance pour les
conseils qu'il m'a donnés.

A Monsieur R. TREMOLLIERES,

Directeur de l'hospitalisation à domicile,

qui a eu l'idée de cette thèse et qui

en a facilité l'élaboration,

Mes vifs remerciements.

L'HOSPITALISATION A DOMICILE DES ENFANTS

A L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

PLAN

I - Introduction

II - Historique

- Home-Care au Montefiore Hospital à New-York
- Home-Care au St Mary's Hospital à Londres

III - L'hospitalisation à domicile des adultes à l'Assistance publique de Paris.

- Historique
- Organisation
- Fonctionnement
- Modalités pratiques
- Rôle de chaque membre de l'équipe
- Coordination entre les divers membres de l'équipe

IV - Autres services d'hospitalisation à domicile à Paris et en France

V - L'hospitalisation à domicile des enfants à l'Assistance publique de Paris

- Fonctionnement
- Répartition des malades
  - . l'expérience de Bretonneau en 1969
  - . les autres hôpitaux en 1969, en 1970

- Avantages de l'hospitalisation à domicile

1. désencombrement des hôpitaux

2. intérêt économique

3. avantages psychologiques :

. pour le médecin hospitalier

. pour le médecin praticien

. pour le malade.

- Suggestions

VI - Conclusion

Bibliographie

I

INTRODUCTION

L'hôpital qui était initialement un centre de soins pour indigents a vu son rôle se transformer. Actuellement, c'est un centre de soins de haute technicité qui nécessite des investissements considérables.

Pour que le système puisse profiter à un plus grand nombre de personnes il faut assurer un roulement rapide des malades.

Bien que maintenant les malades aient moins d'appréhension à se faire hospitaliser, la plupart supportent mal une hospitalisation trop longue.

Ceci est particulièrement important dans le cas des enfants. En effet, au moment de la maladie, la séparation d'avec la famille est en général cruellement ressentie et certains enfants, très vite, s'ennuient à l'hôpital.

Pour résoudre ces problèmes, il existe diverses solutions :

- hôpitaux spécialisés (par exemple centre anticancéreux),
- hôpitaux de jour,
- hôpitaux pour malades chroniques,
- aménagement des heures de visite pour les parents,
- enfin, l'hospitalisation à domicile.

Le système de l'hospitalisation à domicile est né aux Etats-Unis peu après la deuxième guerre mondiale, puis il s'est étendu à l'Europe, en Grande-Bretagne et en France.

A l'Assistance publique de Paris, il fonctionne depuis 1959 pour les adultes et depuis 1967 pour les enfants.

II

HISTORIQUE

Bien que les premières réalisations d'hospitalisation à domicile aient eu lieu aux Etats-Unis, c'est en France, en 1928, que fut lancée pour la première fois l'idée d'hospitaliser les malades à domicile.

Le Dr Huber, avec MM. Lesné et Guinon, a proposé à l'Assistance publique de Paris un système d'hospitalisation à domicile pour les enfants contagieux :

"A deux reprises, le 8 juillet 1928 et le 30 décembre 1929, en séance du conseil municipal, M. Gaston Pinot, conseiller municipal, intervenait et donnait lecture d'un voeu de la société de pédiatrie concernant la création par l'Assistance publique d'un corps d'infirmières chargées spécialement d'assurer les soins à domicile et d'enseigner aux familles la pratique des soins nécessaires aux enfants atteints d'affections contagieuses ou éruptives et mis ainsi à l'abri des infections secondaires souvent redoutables à l'hôpital. M. Gaston Pinot soulignait à cette occasion les avantages qui résulteraient d'une telle mesure :

. en premier lieu le désencombrement des hôpitaux".

Mais cette idée, bien hardie à l'époque, devait rester sans suite pratique.

En fait, c'est en 1947 que fut élaborée la première expérience pilote d'hospitalisation à domicile.

Il s'agit du "Home-Care" mis au point par le Dr Bluestone de l'hôpital Montefiore de New-York.

Rapidement, d'autres hôpitaux des Etats-Unis, du Canada, de Grande-Bretagne, de France, de Belgique, s'inspirèrent de cette expérience pour fonder leur propre système d'hospitalisation à domicile.

DEFINITION

L'hospitalisation à domicile, telle qu'elle est conçue en France, consiste à assurer au malade, une fois passée la phase aiguë de sa maladie, des soins de qualité technique égale à ceux de l'hôpital, à son domicile, avec le concours du médecin de famille.

On traite des malades nécessitant des soins importants qui impliquent l'organisation de toute une équipe sanitaire.

Il ne s'agit donc pas de simples soins médicaux à domicile pendant une convalescence.

L'hospitalisation à domicile est bien une véritable "projection de l'hospitalisation" au domicile du malade.

Le système vise plusieurs buts :

1 - Humaniser le traitement du malade en le réinsérant dès que possible dans son milieu familial, ce qui est particulièrement important dans le cas des enfants et des vieillards.

2 - Désencombrer les hôpitaux.
En raison de l'évolution scientifique et technique de la médecine, le nombre de lits dans les services de spécialité s'accroît.
Pour que ces services spécialisés fortement équipés au point de vue technique et de ce fait coûteux, soient rentables, il faut qu'existe un important roulement de malades.

3 - Réaliser une économie financière, en remplaçant une journée d'hôpital par une journée d'hospitalisation à domicile.

4 - Améliorer la capacité hospitalière sans construction nouvelle.

5 - Accroître le niveau technique de l'hôpital en permettant l'amortissement rapide du matériel, grâce aux recettes venant de son utilisation intensive.

6 - Augmenter les liens entre médecin hospitalier et médecin praticien, et permettre le perfectionnement de celui-ci, indispensable en raison du progrès médical rapide.

LE HOME-CARE AMERICAIN

Le Dr Bluestone a mis au point le Home-Care en raison de l'avantage financier que présente le système et aussi pour assurer un plus grand confort psychologique au malade, En effet, l'hôpital Montefiore est un hôpital de malades chroniques, et le Dr Bluestone a préféré remplacer le terme de maladie chronique par celui de "maladie prolongée" (prolonged illness).

Depuis janvier 1947, le Home-Care Service prend en charge les malades dont l'hospitalisation peut être évitée ou abrégée.

Organisation

L'équipe médicale comprend, sous la direction d'un médecin de l'hôpital, les médecins du Home-Care et certains spécialistes attachés à l'hôpital, tels les biologistes.

Il existe également un personnel para-médical de kinésithérapeutes, d'ergothérapeutes.

Les soins infirmiers sont donnés par des infirmières visiteuses de la ville de New-York.

Si le malade a besoin d'une aide ménagère, il l'emploie lui-même, mais elle est contrôlée par le service et rémunérée par celui-ci, le cas échéant.

Le service de Home-Care assure le transport des malades en ambulance, il fournit le matériel médical et les médicaments.

Enfin, une assistante sociale est chargée de la coordination entre le malade et les différents membres de l'équipe.

Fonctionnement

Le médecin de l'hôpital décide pour les malades hospitalisés ou consultants s'ils peuvent ou non bénéficier de ce service.

Puis, l'assistante sociale assure les liaisons nécessaires entre le malade et l'équipe médicale.

A partir de ce moment, le malade jouit :

- de soins médicaux aussi complets qu'il est nécessaire, comprenant examens de laboratoire, radiographies pratiquées chez lui ou à l'hôpital,
- de soins paramédicaux,
- de soins infirmiers, aussi souvent que son état l'exige,
- d'une aide ménagère.

Chaque fois qu'il le faut, le malade peut être hospitalisé sans formalités spéciales puisque l'équipe médicale du Home-Care est en liaison étroite avec l'hôpital.

Cette expérience de Home-Care du Montefiore Hospital de New-York, qui était la première du genre, a vite obtenu du succès et elle s'est étendue aux autres hôpitaux municipaux de la ville de New-York, puis aux autres villes des U.S.A. et du Canada.

Initialement, le système semble surtout avoir été utilisé pour les malades chroniques adultes.

Plus tard, en Grande-Bretagne, une expérience a eu lieu dans un hôpital pédiatrique.

LE HOME-CARE PEDIATRIQUE DU St MARY'S HOSPITAL A LONDRES

Il a été mis sur pied en 1954 dans le service du Professeur T.E. Oppé, par les Docteurs Lightwood et Shrand.

Une enquête réalisée en 1954 avait montré qu'environ un quart des hospitalisations n'étaient pas justifiées, parce qu'elles étaient motivées par des raisons socio-économiques ou parce que le médecin de famille craignait de ne point pouvoir mener à bien le traitement.

Situé dans une zone à forte densité, le St Mary's Hospital ne dessert pas une population stable, car les familles déménagent souvent pour aller dans de nouveaux logements et elles sont remplacées par de nouveaux immigrants.

Au St Mary's Hospital, ainsi que dans trois autres hôpitaux, il y a des lits de pédiatrie.

Le service fonctionne dans un rayon de 3 kilomètres autour de l'hôpital et il concerne une population d'environ 100.000 personnes.

Il prend en charge environ 300 enfants par an, dont les 2/3 ont moins de 5 ans.

Organisation

L'équipe médicale placée sous la direction du chef de service de pédiatrie se compose de :

1 chef de clinique,

1 infirmière de quartier détachée du district de Westminster, elle est diplômée d'Etat et spécialisée en pédiatrie,

1 étudiant en médecine.

L'équipe administrative comprend une secrétaire qui reçoit les appels téléphoniques.

Enfin, une assistante sociale est chargée de la coordination.

Fonctionnement

Le médecin praticien téléphone au service du Home-Care et s'entretient du cas avec le pédiatre. On décide alors si le médecin peut s'occuper seul de son malade ou s'il désire l'intervention de l'équipe.

Les objectifs du service sont les suivants :

éviter l'admission de l'enfant à l'hôpital,

économiser les frais d'hospitalisation,

utiliser le personnel soignant.

Il en résulte des avantages économiques : (l'hospitalisation en Home-Care coûte seulement la moitié d'une hospitalisation ordinaire), et surtout psychologiques.

Ce système permet en effet d'éviter la séparation mère-enfant à un moment où elle est traumatisante, tout en assurant à l'enfant la même qualité de soins qu'à l'hôpital :

- le pédiatre peut venir à domicile à n'importe quel moment,
- tous les examens complémentaires peuvent être pratiqués.

Sur le plan éducatif et humain, tous les participants sont bénéficiaires :

le pédiatre de l'hôpital qui travaille à temps plein peut conserver des contacts avec les familles.

le médecin praticien
en liaison avec l'hôpital améliore ses relations avec le médecin hospitalier.

la mère
à qualité de soins comparables, 93 % des mères interrogées préfèrent garder leur enfant à la maison.

l'infirmière donne des explications à la mère et tient un rôle utile dans l'éducation sanitaire et la prévention des maladies, en particulier vis à vis des autres enfants de la famille.

Enfin, l'étudiant complète sa formation.

Souvent, à l'hôpital, la pédiatrie est trop spécialisée pour que l'étudiant apprenne le développement de l'enfant normal.

Dans le service de Home-Care du St Mary's hospital, au cours d'un stage de 3 mois, l'étudiant accompagne le médecin dans toutes ses visites.

Son rôle consiste à :

- examiner l'enfant,
- prendre l'observation,
- faire certains examens de laboratoire au lit du malade,
- faire les prélèvements,
- demander les examens de laboratoire.

Il va au laboratoire pour voir comment sont faits les dosages, il accompagne les infirmières, pèse, nourrit, mesure les enfants, met des gouttes dans le nez, fait des piqûres.

Les étudiants apprécient beaucoup ce système d'enseignement différent de l'enseignement hospitalier.

Ils connaissent les conditions de vie des malades, ils peuvent apprendre aux mères à prévenir les accidents du feu, à se méfier de l'armoire à pharmacie, à donner des soins d'hygiène aux autres enfants de la famille ...

Cet enseignement prépare les étudiants britanniques à l'exercice de la médecine.

Ainsi, le but du système anglais est d'éviter si possible l'hospitalisation des enfants.

III

L'HOSPITALISATION A DOMICILE DES ADULTES A L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

La plus importante des réalisations françaises est le service d'hospitalisation à domicile de l'Assistance publique de Paris.

Cet"hôpital sans emplacement géographique" permet de prendre en charge des malades qui ne doivent plus être maintenus dans un hôpital de haute technicité, parce que leur état ne nécessite plus l'intervention d'équipes médicales très spécialisées ou d'appareillages complexes, ni de surveillance constante.

Historique en France

Une série d'enquêtes menées à partir de 1951 par le bureau d'études administratives de l'Assistance publique (M. Estève, administrateur) et par le Pr Siguier, permit d'établir les bases. La première expérience débuta en février 1956 au bureau d'aide sociale du XIXème arrondissement, avec des malades hospitalisés à la maison municipale de santé et à l'hôpital Saint-Louis.

Puis, le 1er avril 1960, fut signée une convention entre l'Assistance publique et la caisse régionale de la Sécurité Sociale de Paris.

C'est alors que débuta à l'hôpital Tenon, dans le service du Pr Siguier, la première expérience d'hospitalisation à domicile, dans un service d'adultes.

Actuellement, tous les hôpitaux parisiens envoient des malades en hospitalisation à domicile et le système s'est étendu aux communes de banlieue.

Organisation

Le service d'hospitalisation à domicile, placé sous l'autorité de l'administrateur, chef du service de l'hospitalisation à domicile à l'Assistance publique de Paris, dépend d'un bureau central chargé de la direction technique et administrative.

L'activité du service s'étend à Paris et aux communes environnantes, dans un rayon de 15 kilomètres.

L'organisation a deux réseaux distincts :

1/ Les assistantes sociales dans les hôpitaux de l'Assistance publique, qui établissent le dossier de sortie du malade, vérifient que les conditions d'admission sont bien réalisées (accord du médecin-chef, du malade, du médecin de famille, conditions de logement satisfaisantes) et sont responsables du malade sur le plan médico-social, durant le séjour en hospitalisation à domicile.

2/ Les secteurs de soins

Il en existe actuellement 23 pour Paris et la périphérie.
Chaque secteur est à la base de l'action du service d'hospitalisation à domicile.

Chaque secteur se compose :

- d'une monitrice (surveillante ainsi nommée en raison de son rôle d'éducation sanitaire auprès du malade)
- de 10 infirmières
- et 10 aides-ménagères et aides-soignantes.

Ce sont des agents hospitaliers formés par l'Assistance publique.

Chaque secteur assure le traitement de 50 à 80 malades.

Un secteur peut s'étendre sur le territoire de plusieurs hôpitaux.

Du fait de la spécialisation de bon nombre d'établissements hospitaliers, tel secteur local peut prendre en charge un malade habitant sur son territoire mais hospitalisé dans un établissement étranger au secteur, afin de localiser au maximum le travail de chaque équipe de secteur.

Le médecin praticien peut modifier le traitement, s'il le juge nécessaire. Quinze jours ou un mois après, le malade est reconduit à l'hôpital avec une lettre de son médecin privé qui indique au médecin hospitalier l'évolution de la maladie.

Le service procure aux malades :

- soins infirmiers,
- massages, rééducation,
- transfusions,
- analyses de laboratoire faites soit à l'hôpital, soit dans un laboratoire privé le plus souvent,
- radiographies,
- traitement de radiothérapie,
- transports en ambulance,
- fourniture de matériel,
  (lits, draps, urinal, matelas alternating etc ...)

Les médicaments sont délivrés gratuitement par le pharmacien qui se fait rembourser par le service d'hospitalisation à domicile.

Une aide-ménagère intervient pour les cas sociaux signalés par l'assistante sociale.

Le service d'hospitalisation à domicile dispose également d'un fonds de secours permettant d'intervenir dans certains cas sociaux (paiement de loyer par exemple).

Fonctionnement

L'hospitalisation à domicile repose sur 6 impératifs :

1. Hospitalisation préalable.
2. Désignation du malade par le chef de service ou son assistant en fonction du diagnostic médical.
3. Consentement du malade et des siens.
4. Acceptation du médecin traitant choisi par le malade.
5. Enquête sociale favorable pour un retour à domicile dans des conditions matérielles, psychologiques et sociales, convenables.
6. Prix de revient inférieur ou égal à la moitié du prix de revient de l'hospitalisation en salle.

En fait, actuellement, certains malades sont directement hospitalisés à domicile à partir d'une consultation de l'Assistance publique, ce qui permet d'éviter une hospitalisation.

Modalités pratiques

Le chef de service décide de l'hospitalisation à domicile et demande son accord au malade. Si celui-ci accepte, l'assistante sociale entre en contact avec le médecin choisi par le malade comme médecin traitant

(il s'agit le plus souvent du médecin qui a fait hospitaliser le malade).

En même temps, l'assistante sociale fait une enquête au domicile du malade sur ses conditions de vie. Si les résultats sont favorables, l'accord du médecin conseil de la Sécurité Sociale est demandé et obtenu en 1 à 2 jours.

Dès la sortie du malade, le dossier complet comprenant l'observation et les résultats des examens complémentaires est porté par l'aide soignante à la surveillante du secteur. Celle-ci en fait un résumé pour l'infirmière et décide si une visite doit être faite immédiatement.

Le dossier est ensuite confié pendant 24 heures au médecin traitant, qui décide alors du rythme de ses visites.

Ainsi, pendant la durée de l'hospitalisation à domicile, le malade reçoit :

- les soins de son médecin traitant,
- des soins infirmiers,
- les visites d'une assistante sociale.

Le service d'hospitalisation à domicile assure en outre les examens de laboratoire, les radiographies, il organise une consultation hospitalière si cela est nécessaire.

Dès que l'état du malade le permet, sa sortie est décidée par le médecin traitant, qui le renvoie alors au secteur privé.

Rôle de chaque membre de l'équipe

1/ Le chef de service hospitalier

Il propose la mise en hospitalisation à domicile du malade. Quand le malade est pris en charge par le médecin traitant, celui-ci est seul responsable de-

vant son malade. Cependant, quand le malade sort de l'hôpital, une date de consultation est fixée et le chef de service peut donc suivre régulièrement ce patient.

2/ Le médecin traitant

Il est choisi par le malade et peut accepter ou refuser de soigner celui-ci en hospitalisation à domicile.

La responsabilité et la liberté du médecin traitant sont entières. Il décide de toutes les demandes d'examens complémentaires et de tous les traitements.

Bien entendu, il est souhaitable qu'il reste en relation avec le médecin hospitalier et poursuive le traitement que le malade avait pendant son hospitalisation.

3/ L'assistante sociale

Rattachée à l'hôpital d'origine du malade, elle est au centre du fonctionnement du système, en assurant les liaisons entre tous les membres de l'équipe.

A l'hôpital, avant le transfert en hospitalisation à domicile, elle établit le dossier qui contient :

- l'accord du médecin hospitalier,
- l'accord du médecin privé,
- l'accord du malade et de sa famille,
- la prise en charge de la Sécurité Sociale.

Elle commande l'ambulance,

Elle envoie le dossier médical de l'hôpital au médecin de famille

Elle avise le secteur soins.

Pendant le séjour en hospitalisation à domicile :

- elle organise le retour en consultation et y assiste,
- elle fait les démarches pour un séjour dans un centre de rééducation ou de repos,
- elle suit le malade au point de vue social.

4/ La surveillante

Elle coordonne l'équipe : infirmière, aide-soignante, kinésithérapeute, transfuseur,

. répartit les malades,

. reçoit les rapports quotidiens des infirmières,

. se rend chez les malades pour vérifier l'exécution des prescriptions,

. assure les liaisons avec les assistantes sociales,
le médecin de famille,
le malade.

. perfectionne les infirmières par des stages à l'hôpital,

. encadre les élèves,

. veille à la transmission des dossiers médicaux.

5/ L'infirmière

Elle exécute les prescriptions médicales chez ses malades.

Elle est chargée de l'éducation sanitaire du malade et de son entourage.

Elle surveille l'évolution de la maladie.

Elle signale au médecin traitant toute anomalie.

Elle tient une pancarte et un dossier, avec les examens complémentaires, qui sera joint au dossier d'hospitalisation ordinaire après la sortie du malade de l'hospitalisation à domicile.

Elle participe à la réunion hebdomadaire des équipes de secteur.

6/ L'aide soignante

Elle assure la surveillance médicale sous la responsabilité de l'infirmière (perfusion en cours).

Elle est chargée de l'alimentation par sonde, des toilettes chez les grands malades.

Elle transporte le dossier du malade.

7/ L'aide ménagère

Elle exécute les travaux demandés par l'assistante sociale :travaux ménagers, courses, toilette. Cette action peut s'étendre à toute la famille, en cas de maladie de la mère.

Coordination entre les divers membres de l'équipe

1/ La liaison hôpital médecin traitant est réalisée au début par la communication du dossier médical hospitalier. Ensuite, le malade revient en consultation, porteur d'une lettre du médecin traitant qui indique le traitement suivi, l'évolution et les résultats obtenus depuis le transfert en hospitalisation à domicile.

2/ La liaison hôpital service d'hospitalisation à domicile est assurée par la surveillante qui fait un résumé du dossier pour l'infirmière et transmet le dossier au médecin traitant.

3/ La liaison médecin traitant infirmière : si le médecin ne peut se trouver en même temps que l'infirmière au lit du malade, il lui téléphone ou lui laisse des instructions écrites.

IV

AUTRES SERVICES D'HOSPITALISATION A DOMICILE A PARIS ET EN FRANCE

Santé - Service

Association loi de 1901, ce service a été créé en 1961 par le Comité de la Seine de la ligue nationale française contre le cancer, sous l'égide du Professeur Denoix.

Santé - Service est spécialisé dans les soins aux malades provenant de services de cancérologie.

Les principaux hôpitaux fournissant des malades sont :

. l'hôpital Foch
. l'Institut Gustave Roussy
. la Fondation Curie
. l'hôpital Saint-Michel
. le centre René Huguenin
. l'hôpital suisse d'Issy les Moulineaux.

En 1971, le prix de journée est fixé à 67 francs.

Le service emploie 140 personnes et le nombre de malades bénéficiaires augmente chaque année

537 en 1964
825 en 1967

A Santé - Service, l'hospitalisation à domicile d'enfants est rare (9 en 1967, 10 en 1968) mais elle n'est pas exclue.

L'hôpital à domicile

A été fondé en 1968 par UNCAHS (Union nationale des congrégations d'action sanitaire et sociale).

Les malades viennent des hôpitaux privés de Paris (St Joseph, Bon Secours, Hôpital international universitaire, St Michel, Croix St Simon, Perpétuel Secours, Sainte Camille), de 3 hôpitaux de la Croix Rouge (Suzanne Pérouse, les Peupliers, Henri Dunan) et 3 autres hôpitaux (Léopold Bellan, H. Gouin, maison de santé des diaconnesses).

Le prix de journée est de 55,50 F. en 1971.

L'âge moyen des malades est situé entre 60 et 65 ans.

Les infirmières chargées de prodiguer les soins aux malades sont des infirmières libérales ou viennent d'un dispensaire privé voisin.

En province, plusieurs services ont également été organisés.

A Bayonne, depuis le début de 1968, existe un service d'hospitalisation à domicile et de soins à domicile.

A Grenoble, un service chargé de la réinsertion sociale des vieillards, fonctionne depuis février 1969. Les malades restent dans le service d'hospitalisation à domicile pendant 1 à 2 mois avant d'être confiés au service de soins à domicile.

A Lyon et à Amiens, existent des services d'hospitalisation à domicile destinés aux malades en assistance respiratoire.

L'examen de ces différents services montre que, s'inspirant de l'hospitalisation à domicile de l'Assistance publique dont l'objet est de seconder l'hôpital, ces organismes privés ont adopté des formules différentes, en ayant recours à un personnel soignant privé. Ils ont surtout créé des services de soins susceptibles de recevoir des malades chroniques.

V

L'HOSPITALISATION A DOMICILE DES ENFANTS A L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Avant 1967, fonctionnait dans le service du Professeur Rossier un système de surveillance à domicile des prématurés.

Une puéricultrice allait voir chez eux les prématurés après leur sortie de l'hôpital, essentiellement pour assurer une surveillance du régime et du poids et pour aider la mère à s'occuper du bébé.

Quand le service d'installa à Saint Vincent de Paul, la directrice, arguant de raisons administratives, n'accepta pas l'utilisation de puéricultrices. C'est alors que vint l'idée d'organiser un service d'hospitalisation à domicile pour les enfants, bâti sur le modèle de celui des adultes.

Fonctionnement

Ce système fonctionne depuis 1967.
Il a commencé à St Vincent de Paul dans le service du Professeur Rossier et à Hérold dans le service du Professeur Mande.

Les hôpitaux suivants fournissent des malades :

Bretonneau, Hérold, Trousseau, St Vincent de Paul,
Enfants-Malades.

Les conditions d'admission sont les mêmes que pour les adultes et actuellement certaines consultations hospitalières peuvent faire admettre un enfant en hospitalisation à domicile, même s'il n'a pas été hospitalisé auparavant.

Une assistante sociale d'hospitalisation à domicile existe dans les hôpitaux suivants :

une pour Hérold,

une pour Bretonneau,

une pour Trousseau et St Vincent de Paul,

une pour les Enfants-Malades qui s'occupe aussi des adultes de Necker.

Le prix de journée est de 79,30 francs en 1971.

Il existe aussi dans certains hôpitaux un tarif à 25 francs pour les nourrissons n'exigeant qu'une surveillance.

Le service fonctionne avec uniquement 3 puéricultrices. Elles s'occupent des anciens prématurés, qui souvent ne demandent pas une surveillance quotidienne, et aussi des enfants jusqu'à 2 ou 3 ans.

Elles ne sont pas rattachées à un hôpital.

Pour elles, Paris est divisé en 3 secteurs : les distances qu'elles ont à parcourir sont très élevées. Elles visitent de 8 à 14 malades par jour.

Ce sont les infirmières d'adultes, dépendant de l'un des 23 secteurs qui sont chargées des enfants âgés de plus de 3 ans. Elles manifestent une certaine réticence à s'occuper des enfants, surtout s'ils sont très jeunes. Elles craignent de ne pas avoir une compétence suffisante en pédiatrie. Ceci est très compréhensible, car en hospitalisation à domicile l'infirmière est seule et n'est pas encadrée comme à l'hôpital.

Choix du médecin

Souvent, pour les jeunes enfants, les parents n'ont pas encore de médecin traitant.

L'hôpital soumet donc au choix des parents une liste de médecins pédiatres conventionnés.

Pour des raisons de difficultés matérielles de transport, le dossier complet du malade n'est pas communiqué au médecin de ville : le médecin hospitalier lui écrit une lettre détaillée.

Par contre, les jeunes malades reviennent souvent en consultation. A la sortie du service, une date de consultation est fixée.

L'assistante sociale, qui assiste en général à cette consultation, établit la liaison entre le médecin hospitalier et le médecin de ville.

Répartition des malades

- L'expérience de Bretonneau en 1969

Dans sa communication à l'Académie de Médecine, le 5 janvier 1971, le Professeur Mande a rapporté les résultats d'une expérience de 10 mois menée en 1969 à l'hôpital Bretonneau.

L'hôpital comprend 347 lits :

(2 services de médecine,
1 service de chirurgie,
1 service d'ORL)

Pendant ces dix mois, 7 929 enfants ont été hospitalisés, 122 ont été pris en charge par le service d'hospitalisation à domicile, soit 1,5 % des entrants.

60 % des enfants avaient moins de 2 ans.

La durée du traitement à domicile a varié de 15 à 109 jours, avec une moyenne de 37 jours.

Sur ces 122 enfants, 25 ont été rehospitalisés, soit environ 1/5e, la plupart étant des "cas sociaux".

Durée de traitement en fonction des affections

Affections	Nombre	Durée moyenne du traitement
Broncho-alvéolites	7	19 jours
Bronchites asthmatiformes	3	30
Mucoviscidose	4	64
Pleurésie purulente	1	6
Otites	5	22
Affections cardiaques	11	48
Affections traumatiques (chutes, suspicions de mauvais traitements)	5	33
Brûlures graves	2	109
Affections neurologiques (encéphalopathies, hémorragies méningées, comitialité, méningites)	13	33
Affections hépatiques (ictères + cirrhose post-hépatite)	8	22
Affections dermatologiques	16	26
Affections rénales	6	37
Convalescence de deshydratation	12	32
Malformations organiques	3	53
Ostéomyélites	5	20
Hypocalcémie et rachitisme	3	21
Prématurés	7	66

- En 1969 pour tous les hôpitaux parisiens, il y a eu 208 enfants pris en charge par le service d'hospitalisation à domicile et suivis par les puéricultrices.

Affections	Nombre
Syndrome méningé	18
Pneumonie	2
Cardiopathie congénitale	3
Ictère infectieux	11
Infection urinaire	8
Brûlure	4
Deshydratation par diarrhée	5
Lésion cutanée	26
R.A.A.	14
Cirrhose post-hépatite	5
Otite	7
Ulcère gastrique	6
Malformation urétrale	4
Maladie coeliaque	13
Appendicectomie	5
Encéphalopathie	10
Mucoviscidose	11
Divers	56

Les infirmières ont suivi une cinquantaine d'enfants plus âgés.

- En 1970, 234 enfants ont été suivis par les puéricultrices :

Affections	Nombre
Syndrome méningé	1
Pneumopathie	16
Cardiopathie congénitale	3
Ictère infectieux	6
Infection urinaire	13
Brûlure	4
Deshydratation par diarrhée	8
Lé sion cutanée	17
R.A.A.	7
Otite	9
Appendicectomie	3
Encéphalopathie	9
Mucoviscidose	8
Hypotrophie	45
Syndrome néphrotique	11
Divers	74

Les infirmières se sont occupées de 60 enfants plus âgés.

Donc, en 1969 et 1970, quatre enfants sur cinq ont été pris en charge par les puéricultrices.

La durée d'hospitalisation, selon l'âge, s'établit ainsi en 1970 :

	Enfants	Nourrissons
Séjour hospitalier	45 jours	30 jours
Hospitalisation à domicile	30 jours	49 jours

En 1971, dans les divers hôpitaux parisiens, les chiffres sont en progression par rapport à 1970.

Avantages de l'hospitalisation à domicile

1/ Désencombrement des hôpitaux

L'un des buts du système est de réduire la durée d'hospitalisation. Si, en France, la durée moyenne d'hospitalisation est passée de plus de 25 jours en 1949, à 10 à 20 jours selon le service (médecine, chirurgie, spécialités), en 1970, elle est encore trop longue.

Par exemple, aux Etats-Unis, on calcule que la durée d'hospitalisation est de 7,8 jours, complétée par des services d'hospitalisation à domicile dont le coût est inférieur à la moitié du prix de journée d'hôpital.

Les chiffres de l'hospitalisation à domicile sont en progression :

1966 : 528 malades par jour soit 193.000 journées
1967 : 627 " " " 229.000 "
1968 : 831 " " " 287.000 "
1969 : 964 " " " 313.000 "
1970 : 985 " " " 329.450 "

La progression annuelle est donc d'environ 25 %.

En 1970, l'hôpital à domicile qui prend en charge 1.000 malades par jour environ, évite la construction d'un hôpital de 1.000 lits représentant une dépense d'environ 120 millions de francs (l'Hôpital Ambroise Paré a coûté 80 millions pour 600 lits et H. Mondor 150 millions pour 1.500 lits).

A Paris, la capacité des lits en pédiatrie est actuellement suffisante, mais l'hospitalisation à domicile, en désencombrant certains hôpitaux, permettrait une utilisation plus rationnelle des locaux existants : on pourrait aménager des salles de classe, des salles de jeux pour les enfants.

2/ Intérêt économique

Actuellement, les prix de journée à l'Assistance publique de Paris sont les suivants :

Médecine générale	169 francs
Médecine spécialisée (qui comprend la pédiatrie)	285 francs
Chirurgie générale	265 francs
Chirurgie spécialisée	343 francs
Haute spécialité	435 francs

L'existence du service d'hospitalisation à domicile représente 3 séries d'avantages :

(1) Une économie annuelle de fonctionnement en remplaçant une journée d'hôpital par une journée d'hospitalisation à domicile.

Pour 329.000 journées réalisées en 1970 par le service de l'hospitalisation à domicile, l'économie annuelle peut être chiffrée à 33 millions, soit pour 5 ans, le prix que représente la construction d'un hôpital de 1.000 lits (150 millions).

(2) Le fonctionnement de ce service permet d'éviter la construction de nouveaux hôpitaux en accroissant la capacité de ceux qui existent.

Si tous les hôpitaux publics français disposaient d'un service d'hospitalisation à domicile, il est permis de penser que les importants crédits (600 millions) actuellement nécessaires pour la modernisation des hôpitaux, pourraient être trouvés grâce à l'économie réalisée sur les prix de journée.

(3) La rotation rapide des malades, grâce au service d'hospitalisation à domicile, est surtout bénéfique à l'hôpital dont les appareillages médicaux de plus en plus nombreux et coûteux peuvent être amortis rapidement, grâce au grand nombre d'actes exécutés par jour. Ainsi, l'hôpital qui dispose d'un service d'hospitalisation à domicile pour recevoir ses malades en phase secondaire, aura les moyens financiers nécessaires à la modernisation de son outillage, aussi rapidement que l'exige le progrès mondial : 3 ans, alors qu'en France l'amortissement se fait actuellement en plus de 5 ans.

Dans le cas des enfants, lorsque l'hospitalisation à domicile évite un placement, elle représente aussi une économie.

En effet, le prix d'une journée dans un centre de placement est, en 1971, d'environ 40 francs selon la catégorie de l'établissement. Or, un placement dure en général plusieurs mois, alors que la durée d'une hospitalisation à domicile est en moyenne de 45 jours pour les enfants. Ainsi, le prix du placement d'un enfant, compte tenu de sa durée, est supérieur à celui de l'hospitalisation à domicile.

3/ Avantages psychologiques

(1) Pour le médecin hospitalier

Il est favorable à ce système qui, en permettant une sortie plus rapide des malades, assure une meilleure utilisation des lits.

Il peut confier l'enfant sans crainte au service d'hospitalisation à domicile, puisqu'il sait qu'en cas d'aggravation le médecin privé n'hésitera pas à le faire réhospitaliser, et que, par le moyen de consultations périodiques, il continuera à suivre l'évolution de l'état de ce patient.

(2) Pour le médecin praticien

Les relations entre le médecin praticien et les autres membres de l'équipe d'hospitalisation à domicile sont en général excellentes.

La collaboration entre le médecin praticien et le service hospitalier est également satisfaisante. Pourtant, dans certains cas, des traitements de longue durée ont été modifiés ou arrêtés trop tôt, ceci a été surtout sensible dans le cas des enfants, les médecins praticiens manquant parfois d'expérience pédiatrique. Le médecin praticien, grâce aux malades venant de l'hôpital, peut suivre sous une forme concrète les nouveaux traitements et établir d'utiles contacts avec les médecins hospitaliers.

(3) Pour le malade

Les avantages sont évidents.

Une enquête faite aux U.S.A. chez des malades adultes a montré une accélération de la guérison à la maison.

Pour l'enfant malade, l'hospitalisation crée une séparation d'avec la famille à un moment particulièrement critique.

En effet, si l'hospitalisation est indispensable dans le cas de certaines maladies, elle est souvent néfaste au développement psychologique de l'enfant.

Sans atteindre l'état de gravité décrit par Spitz, sous le nom de dépression anaclitique, il risque au bout de quelques semaines d'hospitalisation, de se replier sur lui-même, de refuser de manger, s'il ne peut fixer son affection sur une personne précise, ceci est surtout valable pour les jeunes enfants.

C'est la conséquence d'une carence psychologique due au manque de stimulation.

On a observé récemment, grâce à une caméra-espion, la journée d'enfants hospitalisés et on s'est aperçu que médecins et infirmières passent finalement très peu de temps auprès de ces malades. Ceux-ci paraissent de toute évidence plus heureux quand leurs parents viennent les voir.

L'hospitalisation à domicile, en permettant une réinsertion familiale rapide, évite ces inconvénients.

Les enfants en âge de s'exprimer ont toujours été très contents de retourner dans leur famille et ils acceptent ensuite plus facilement de revenir à l'hôpital pour des visites de contrôle.

D'autre part, l'hospitalisation à domicile évite souvent un placement. Or, de plus en plus, on s'aperçoit que les placements sont néfastes aux enfants. A leur retour, ils ont du mal à retrouver leur place auprès de leurs parents et de leurs frères et soeurs. Le nombre des enfants placés plusieurs fois est considérable.

Enfin, dans le cas des enfants, l'introduction de toute une équipe sanitaire dans la maison joue un rôle éducatif important pour la mère, du point de vue de l'hygiène et de la prévention des maladies chez les autres enfants de la famille.

Voici l'exemple d'un nourrisson portugais de 6 mois.

Il a été mis en hospitalisation à domicile après 4 hospitalisations pour deshydratations successives. La mère préparait les biberons avec de l'eau du chauffe-eau sans mesurer le lait en poudre, ne savait pas régler les heures de repas, ne faisait pas de bouillie, n'achetait ni viande ni poisson. L'enfant était sale. Une infirmière et une aide-soignante venaient tous les jours. Au bout d'une semaine, l'enfant a pris du poids régulièrement, a été propre et la mère compréhensive. Au bout de quinze jours, la mère a été éduquée.

Pour les jeunes enfants, en particulier les anciens prématurés, ce système évite à la mère une trop longue séparation de son enfant qui serait suivie d'un certain désintérêt.

Les puéricultrices ont un rôle très important dans la surveillance alimentaire des enfants anciens prématurés, ou des enfants qui ont été hospitalisés pour une chute de poids importante ou une erreur de régime.

La sortie rapide de l'hôpital de ces nourrissons permet d'éviter les surinfections hospitalières, si fréquentes à cet âge.

Pour les enfants plus âgés, les résultats sont également excellents.

Dans le cas de maladies chroniques comme la mucoviscidose, la famille apprend à se servir des aérosols, à faire la rééducation respiratoire, le clapping, ce qu'il est difficile d'apprendre à l'hôpital, mais est très important puisqu'il s'agit de gestes qu'il faut répéter tous les jours.

Dans le cas des maladies coeliaques, même dans des milieux familiaux d'origine étrangère, on a pu assez rapidement apprendre à la mère le régime alimentaire.

Cela évite un séjour de quelquefois plusieurs mois dans un centre spécialisé.

Avec des enfants diabétiques, l'hospitalisation à domicile permet une transition entre l'hospitalisation et l'adaptation à la vie courante. L'enfant apprend vite ainsi à faire ses analyses d'urine, à doser son insuline, à noter tous les résultats sur son cahier.

Aux approches de la puberté, souvent l'enfant diabétique refuse de se soigner, et n'accepte pas la surveillance de ses parents ; par contre, il tolère qu'une infirmière vienne contrôler le matin qu'il a fait correctement ses analyses et son injection.

L'hospitalisation à domicile a aussi rendu de grands services pour des enfants encéphalopathes. Les parents acceptaient de reprendre leur enfant au foyer, mais il était pour eux très pénible d'en assurer moralement la charge, seuls. Grâce à l'hospitalisation à domicile, ils ont pu reprendre leur enfant quelque temps avant que celui-ci ne soit envoyé en institution spécialisée.

Ainsi, des résultats très intéressants sont obtenus pour des maladies de longue durée où l'enfant doit apprendre à vivre avec sa maladie.

Suggestions

La progression du nombre des enfants hospitalisés à domicile est moins rapide que celle des adultes. Quels seraient les moyens de l'augmenter ?

Il faudrait d'abord affecter plusieurs infirmières spécialisées en pédiatrie, car il n'y a actuellement que trois puéricultrices pour tout Paris. Celles-ci souhaiteraient ne pas être rattachées à un secteur mais à un hôpital, ce qui leur permettrait de mieux suivre les enfants, de donner de leurs nouvelles au service d'origine et de mieux les suivre quand ils reviennent en consultation. Si cela n'est pas possible, compte tenu de la division actuelle en secteurs, il faudrait alors une infirmière de pédiatrie dans chaque secteur.

Il faudrait ensuite convaincre certains médecins hospitaliers que le service d'hospitalisation à domicile ne leur enlève pas définitivement un malade, puisque celui-ci revient en consultation.

Une meilleure collaboration de l'assistante sociale du service hospitalier devrait également être obtenue, car elle n'est pas toujours favorable à l'hospitalisation à domicile et elle préfère placer les enfants et ne les faire sortir de l'hôpital que totalement guéris.

Il faut que certains parents anxieux n'hésitent pas à faire sortir leur enfant de l'hôpital, même s'ils le savent non encore complètement guéri. Néanmoins, quand on leur a expliqué qu'ils peuvent faire réhospitaliser l'enfant immédiatement si quelque chose ne va pas, ils acceptent en général l'hospitalisation à domicile.

D'autres parents, au contraire, négligents ou ayant une très nombreuse famille, préfèrent que l'enfant soit placé pour longtemps.

Puisqu'il faut une présence à la maison, souvent l'hospitalisation à domicile est impossible si les deux parents travaillent. Aussi, des enfants

ont-ils été parfois hospitalisés à domicile chez une nourrice.

Dans la majorité des cas, les parents ignoraient ce mode d'hospitalisation et ils se montrent très contents de pouvoir reprendre leur enfant chez eux, rapidement.

Dans son fonctionnement actuel, le système d'hospitalisation à domicile est satisfaisant. Pourtant, lorsqu'il s'agit d'enfants, il faudrait introduire un pédiatre dans l'équipe.

En effet, si le médecin praticien n'est pas pédiatre, des malentendus peuvent surgir. Ce médecin pourrait être un médecin hospitalier qui serait chargé de la coordination, alors qu'actuellement ce rôle est dévolu à l'assistante sociale.

Cela est possible en Grande-Bretagne où la médecine est fonctionnarisée.

En France, la médecine hospitalière et la médecine praticienne étant nettement séparées, si un médecin hospitalier venait au domicile du malade, il donnerait l'impression de s'immiscer dans les affaires du médecin praticien.

Il serait donc plus simple que le médecin praticien aille à l'hôpital. Il pourrait ainsi voir le malade avant sa sortie du service, examiner le dossier complet et discuter de la conduite à tenir selon l'évolution de la maladie.

Ceci se concevrait encore mieux si le médecin praticien avait en charge plusieurs malades à la fois, son déplacement à l'hôpital ne serait pas alors une trop lourde perte de temps.

On pourrait aussi envisager un service de permanence téléphonique pour mieux assurer la liaison entre le médecin praticien et le service hospitalier.

En France, comme au St Mary's Hospital à Londres ou comme aux Etats Unis, il nous paraîtrait intéressant d'introduire un étudiant dans l'équipe médicale.

Les étudiants anglo-saxons sont très contents de ce système. Une enquête réalisée à l'Université du Kansas medical center a montré que les étudiants qui ont participé à des expériences de Home-Care s'intéressaient davantage à la clinique qu'à la biologie et ceci avec une différence significative par rapport à un groupe d'étudiants n'ayant eu qu'une formation hospitalière.

Cette expérience permettrait à l'étudiant français de voir les enfants dans leur cadre familial et d'avoir un contact avec la médecine de ville.

VI

CONCLUSION

L'hospitalisation à domicile est appelée à se développer parce qu'elle présente des avantages incontestables pour le malade, le médecin et la collectivité.

Mais, tandis que l'hospitalisation à domicile des adultes commence à être connue des médecins et du public, celle des enfants s'est implantée plus tard et elle se développe plus lentement.

Pour lui assurer une plus grande extension, il faut d'abord qu'elle soit mieux connue dans les services hospitaliers, en particulier par les internes. Il est souhaitable qu'elle soit envisagée et favorisée à partir d'une consultation puisqu'elle évite ainsi une hospitalisation.

Il convient ensuite d'informer les parents des jeunes malades et d'assurer une bonne coordination, d'une part entre le médecin de l'hôpital et le médecin de famille, d'autre part entre l'assistante sociale du service et l'assistante sociale de l'hospitalisation à domicile.

A notre époque où l'information efficace est diffusée par la radio et la télévision, il semble que le public devrait être mieux renseigné sur la possibilité d'humaniser le séjour à l'hôpital en le réduisant à sa durée minima.

Enfin, le développement de cette nouvelle forme d'hospitalisation permettrait de trouver les ressources nécessaires pour acquérir les appareils médicaux indispensables à l'équipement d'un hôpital moderne ; il faciliterait la participation à la compétition scientifique ; il établirait un pont

entre la médecine hospitalière et la médecine libérale ; il donnerait surtout satisfaction au malade réinséré dans son milieu familial.

Souhaitons que l'opinion publique prenne conscience de l'intérêt de cette innovation, particulièrement intéressante dans le cas des enfants.

BIBLIOGRAPHIE

1 - BENEDETTI (J.)

Le traitement des malades à domicile dans la ville de Paris.

Revue de l'Assistance publique, 1959, 59, 229-240.

2 - BLUESTONE (E.M.)

Integrating acute and chronic in a combined hospital-home pattern.

Lancet, 2, 1078, 1080, 1951.

3 - BINGIOVANNI (A.M.)

Hospitalization of children : report of an international seminar.

Pediatrics, Springfield, 1964, 34, n° 1, July, p. 1-3.

4 - DESBIEZ (Marie-Hélène)

Etude de l'adaptation psycho-somatique et du comportement de 1000 enfants au cours d'un séjour dans un cadre particulier.

Remarques sur l'hospitalisation.

Thèse Médecine, Montferrand, 1964, n° 28.

5 - KILROY (A.W.)

Journées internationales de médecine urbaine.

Grenoble 1970.

Hospitalisation pédiatrique au St Mary's hospital à Londres.

Concours médical, 20, 111, 1971, 93, 12.

6 - KRETZCHMAR (Daniel)

Evolution du développement psycho-moteur des enfants après leur hospitalisation.

Influence du placement en centre de convalescence.

Thèse Méd., Paris, 1961, n° 112.

7 - LAPORTE (Marius)

Les services de soins à domicile

In Union médicale du Canada, Montreal,

1970, 99, n° 2, février, p. 303-305.

8 - LELONG (M.), LEBOVICI (S.)

Problèmes psychologiques et psychopathologiques posés par l'enfant à l'hôpital.

Archives françaises de pédiatrie, 1955, t. 12, n° 4, p. 349.

9 - LEWIS (C.E.)

A study of the effects of a multi-disciplinary home-care teaching program on the attitudes of first year students.

J. Med. Educ., 41, 195-201, Mar 66.

10 - MANDE (R.)

Sur une expérience d'hospitalisation à domicile dans un hôpital d'enfants à Paris.

Communication à l'Académie de Médecine, 5 janvier 1971.

11 - MAVIEL (Agnès)

Considérations sur les systèmes de l'hospitalisation à domicile et des soins à domicile.

Thèse Méd., Toulouse, 1963, n° 78.

12 - MOOR (L.)

Aspects psychologiques de l'hospitalisation de l'enfant.

Concours médical, 25.VII.1970, 92, 30, p. 6369-6373.

13 - NEMUTH (H.I.)

An American home-care program.

Med. J. Aust., 1 : 640-2, 9 ap. 66.

14 - ROBINSON (D.)

Mothers' fear, their children's well being in hospital, and the study of illness behaviour.

British journak of preventive and social medicine, London, 1968, 22, n° 4, october, p. 228-233.

15 - ROSSIER (A.)

Archives françaises de Pédiatrie, 1968, XXV, n° 8 octobre, p. 960.

L'organisation de la surveillance et des soins à domicile.

16 - ROTH (M.E.) et Al.

The value of coordinated and comprehensive home-care.

Amer. J. Public Health, 57 : 1841 - 7 oct. 67.

17 - RYDER (C.F.) et Al.

Home health services past, present, future.

Amer. J. public Health, 59 : 1720 - 9 sept. 69.

18 - PASQUI (Claude)

Le retour dans sa famille de l'enfant hospitalisé.

Conséquences psychologiques et psychopathologiques de l'hospitalisation chez l'enfant.

Thèse Méd. Paris, 1958, n° 452.

19 - PRADIER (Jean)

L'hospitalisation à domicile.

A propos d'un an d'existence de "Santé-Service Bayonne".

Thèse Méd. Bordeaux, 1970, n° 37.

20 - SCHULMAN, KASPAR (J.C.), CHILD (B.S.D.)

(Division of child psychiatry of the children's memorial Hospital, Chicago).

Videotape sampling of the child's dey in the hospital.

The Journal of Pediatrics, 1970, 76, 5, p. 728-731.

21 - SHRAND (H.)

The teaching potential of a home-care unit

Lancet, 1, 1416-7, 25 jun 66.

22 - SOULE (M.)

Les placements d'enfants dits "cas sociaux" : bon air ou désadaptation ?

De l'obligation de réfléchir avant de prescrire ces placements.

Concours médical, 20-II-1971, 93-8, p. 1261-1268.

23 - STONE (J.R.), PATTERSON (E.), FELSON (L.)

The effectiveness of home-care for general hospital patients.

Mount Sinaï hospital. J.A.M.A., 205 (3), July 15, 1968.

24 - STRAUSS (P.) et Coll.

L'hospitalisation des enfants.

Une étude pédiatrie sociale dans l'agglomération parisienne.

Monographie de l'Institut National, Hygiène n° 23, Paris 1961.

25 - TOMICH (J.), Ph. D.

Home-care : a technique for generating professional identity.

J. Med. Educ., 41, 202-208, Mar 66.

26 - TREMOLLIERES (R.)

Journées internationales de médecine urbaine, Grenoble 1970.

Le service d'hospitalisation à domicile de l'Assistance publique de Paris.

Concours médical, 27.III.1971, 93-13, p. 2409-2412.

27 - VERLIAC, TRELAT, LYARD

L'hospitalisme.

Gaz. Méd. Fr., 1956, 2 février, p. 291.

28 - Groupe d'Etude pour une réforme de la médecine.

Avril 1969.

Lettre d'information n° 27.

L'hospitalisation à domicile.

GERM - 47, rue de la Mazerine, la Hulpe

29 - L'enfant à l'hôpital

In : Séminaire sur l'hospitalisation des enfants.

Paris, centre international de l'enfance, déc. 1963.

In : Problèmes actuels de pédiatrie

IX, Basel, Karger, 1965.

30 - Home from hospital

Brit. Med. J., 3 : 119, 18 July 70.

31 - L'hospitalisation à domicile

Bulletin du service social des organismes de sécurité sociale.

Paris, 1969, n° 169, février, p. 3-23.

32 - Seminar on ambulatory pediatric care Massachussets general Hospital.

December 1964.

American journal of diseases of children.

Chicago, 1965, 110, n° 2, August, p. 176-192.